

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 janvier 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Métral
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

[...], [...], [...] et [...], héritiers de feu **Z.**_____, recourants, représentés par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Feu Z._____ (ci-après: l'assuré), né en 1971 et décédé le 8 juin 2010, a travaillé de décembre 2000 à fin août 2003 en qualité de maçon et forestier-bûcheron auprès de B._____ SA. Le 22 mai 2003, en enjambant une barrière, il est tombé dans un trou et s'est tordu la jambe droite, entraînant une fracture diaphyso-métaphysaire du tibia droit, du plateau tibial et de l'épine tibiale, ainsi qu'une rupture du ligament croisé antérieur droit. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 19 octobre 2004, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

L'OAI s'est adressé au Dr W._____, spécialiste FMH en médecine générale à Romont et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 2 novembre 2004, ce praticien a posé les diagnostics de toxicomanie (héroïne-cocaïne et benzodiazépines), de traitement de substitution à la méthadone et au rohypnol, de fracture du plateau tibial droit et de thrombose veineuse profonde du MID, puis retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 21 mai 2003.

Le dossier de l'assuré auprès de la CNA a été produit; y figurent notamment les documents suivants:

- Un rapport du 5 février 2004 de la Dresse U._____, médecin d'arrondissement de la CNA, retenant une évolution favorable, prescrivant des traitements de physiothérapie, puis prévoyant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et une arthroscopie de contrôle (ce qui a été fait le 26 avril 2004).

- Un rapport du 26 août 2004 du Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, relevant, suite à un examen clinique, que l'assuré avait retrouvé une excellente fonction du genou en terme de mobilité, une capacité de travail théorique étant fixée à 100% dès le 1^{er} septembre 2004.

- Une appréciation finale du 6 décembre 2004 du Dr D._____, indiquant une capacité de travail de 50% dans l'activité antérieure - considérée comme relativement lourde - et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: port occasionnel de charges moyennes (10 à 25 kilos), port exceptionnel de charges lourdes (25 à 45 kilos), pas de déplacement sur de longs trajets, de marche sur terrain accidenté ni de montée sur des échelles.

- Une décision du 23 janvier 2006 de la CNA, reconnaissant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 22%, compte tenu d'un gain annuel assuré de 56'520 fr., et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, s'élevant à 5'340 francs.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 28 janvier 2005, B._____
SA a notamment indiqué un horaire de travail d'environ 45h par semaine. Des fiches de salaire mensuelles ont été remises pour la période de décembre 2000 à septembre 2003.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a été soumis le 22 juin 2006 à un examen psychiatrique effectué par le Dr S._____, psychiatre FMH. Le 15 août 2006, ce spécialiste a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, avec suivi d'un régime de maintenance sous surveillance médicale, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance. Ce médecin a retenu une pleine capacité de

travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, puis a relevé en particulier ce qui suit:

"Par ailleurs, l'assuré présente une symptomatologie disparate telle qu'une fatigue, une diminution de la volonté, une irritabilité lorsqu'il est à la maison, une tendance à l'hypersomnie, une peur de la solitude ainsi qu'une tristesse. Cette symptomatologie est disparate et ne peut pas être incluse dans une entité nosographique de troubles de l'humeur (dépression) d'une classification reconnue (CIM-10). Ces éléments ne sont pas limitatifs pour l'activité professionnelle. En effet, la tristesse n'est pas franche (il s'agit plutôt d'un découragement) et la diminution de l'énergie qu'il relève n'est que peu marquée, si nous analysons le déroulement du quotidien (présence de plusieurs activités, variées). La fatigue se manifeste avant tout par une augmentation de la durée du sommeil. Il n'y a pas de troubles de la concentration ni de la mémoire, ni de ralentissement psychomoteur (éléments importants pour l'exercice de l'activité professionnelle). Malgré ce qu'avance M. Z._____, il n'y a pas de diminution de la volonté (l'assuré souhaite travailler et a entrepris de nombreuses démarches en ce sens; il prend plusieurs initiatives pendant la journée). Les autres éléments (irritabilité, crainte de la solitude, légère tristesse) ne sont pas incapacitants.

En résumé, M. Z._____ présente une toxicomanie primaire pour la consommation d'héroïne et de cannabis. Elle est secondaire à des troubles du sommeil pour la consommation de benzodiazépines; au sens de l'AI, elle est considérée comme primaire puisqu'elle n'est pas secondaire à une affection psychiatrique. En tout état de cause, ces trois dépendances n'ont pas été à l'origine d'atteintes psychiques avec des limitations fonctionnelles qui pourraient entraver la capacité de travail. Il présente également une symptomatologie disparate et banale qui n'est pas non plus limitative. Au vu de cela, des mesures d'ordre professionnel sont envisageables, ceci d'autant plus que l'assuré a toujours bien fonctionné dans ses activités passées, qu'il fait preuve de persévérance dans ses démarches et de motivation".

Le 20 septembre 2006, sous la plume du Dr R._____, le SMR a retenu l'atteinte principale de chondropathie post-traumatique sévère au niveau du genou droit et une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, en se référant à l'avis du médecin de la CNA.

Le 17 janvier 2007, lors d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI, l'assuré a décrit son parcours professionnel et a déclaré qu'il pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée.

Sous l'égide de l'OAI, l'assuré a effectué un examen psychotechnique le 6 mars 2007, mettant en évidence d'excellentes aptitudes, permettant d'envisager une formation de type CFC dans un domaine exigeant, idéalement dans le domaine technique. Dans un rapport du 28 mars 2007, l'OAI a proposé de mettre en œuvre un stage d'évaluation et d'orientation professionnelle.

Le 11 avril 2007, le médecin traitant W._____ a posé les diagnostics de toxicomanie (héroïne et cocaïne, benzodiazépines, THC par le passé) et de substitution à la méthadone et aux benzodiazépines, retenant une incapacité de travail de 100% depuis le 5 janvier 2005. Ce médecin a signalé un ralentissement psycho-moteur, probablement lié aux doses de substitution, et indiqué qu'une activité dans le secteur tertiaire était envisageable, par exemple un travail sur ordinateur, avec éventuellement une diminution de rendement.

En date du 27 avril 2007, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et en infectiologie, a retenu que l'assuré présentait une hépatite C chronique, un traitement étant prévu entre avril et octobre 2006, entraînant un état grippal 2 à 3 jours par semaine après prise de médicament, une asthénie, des douleurs diverses et une adynamie. Il a émis des réserves quant à l'existence d'une capacité de travail en raison du traitement de l'hépatite C chronique et a préconisé d'attendre un délai de deux mois au minimum avant d'envisager la mise en œuvre de mesures professionnelles. Le 26 septembre 2007, ce même médecin a précisé que le traitement de l'hépatite C chronique, qui prendrait fin dans trois semaines, ne permettait pas à l'assuré d'entreprendre une reconversion professionnelle et qu'il était peu probable qu'une telle reconversion pût intervenir avant fin 2007.

Le 27 novembre 2007, le Dr W._____ a attesté un traitement de l'hépatite C du 25 avril au 10 octobre 2007. Il a mentionné une aggravation de l'état psychique avec délire et agressivité, pouvant donner lieu à une hospitalisation en milieu psychiatrique. Suivant l'évolution de l'état de santé de l'assuré, ce médecin a rendu compte, le 8 avril 2008,

d'un comportement psychotique suite à une séance au tribunal et une déconnexion de la réalité, arrêtant l'incapacité de travail à 100% depuis le 25 avril 2007, puis proposé un stage d'observation afin d'évaluer les troubles du comportement.

Dans un rapport du 30 avril 2008, le Dr N. _____ a retenu le diagnostic d'état dépressif depuis novembre 2007, résultant très vraisemblablement du traitement de l'hépatite C, dont la guérison avait été constatée en avril 2008. Il a retenu une incapacité de travail totale depuis avril 2007, sans amélioration.

L'OAI s'est ensuite adressé au Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Ursy et également médecin traitant de l'assuré. Le 19 décembre 2008, ce praticien a retenu que l'intéressé, compte tenu de son état psychique et de l'importance de son traitement aux benzodiazépines, ne paraissait pas apte à entreprendre un stage de réadaptation professionnelle; il a proposé qu'un psychiatre se prononce sur cette aptitude. Le 12 février 2009, ce même médecin a estimé que les mesures de réinsertion professionnelle préconisées par l'AI devaient être mises en œuvre.

Le 2 mars 2009, le Dr W. _____ a observé que l'assuré présentait des thromboses veineuses multiples des membres inférieurs entraînant une limitation du périmètre de marche à un kilomètre et de la station debout prolongée à 30 minutes.

Le 2 mars 2009, l'assuré a entrepris un stage d'intégration professionnelle auprès du centre Orif de Morges, mesure interrompue au 31 mars 2009. Il ressort du rapport de stage du 20 avril 2009 que l'assuré disposait d'une très bonne capacité d'apprentissage mais qu'en raison d'une consommation de médicaments, de cannabis et de stimulants, un module lié à l'utilisation de machines n'avait pas pu être mis en place, un stage en entreprise étant dès lors peu réaliste.

Le 24 avril 2009, le Dr L._____ s'est déclaré "assez convaincu" que l'assuré présentait une comorbidité antérieure à sa toxicomanie, renvoyant à cet égard à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans un avis médical du SMR du 18 septembre 2009, le Dr C._____ a considéré qu'aucun fait nouveau déterminant n'était intervenu depuis l'examen clinique psychiatrique effectué au SMR le 22 juin 2006, de sorte qu'il n'y avait pas à s'écarter des constats de toxicomanie primaire et d'absence de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, la capacité de travail restant inchangée.

Par préavis du 28 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} mai au 30 novembre 2004. Il a retenu que l'intéressé, en incapacité de travail depuis son accident du 22 mai 2003, présentait dans une activité adaptée une pleine capacité de travail dès le 1^{er} septembre 2004. Avec un revenu d'invalidité de 53'277 fr. 59 - pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) en 2004 avec un abattement de 10% - et un revenu sans invalidité de 59'345 fr. - en tant que maçon non qualifié - l'OAI a arrêté le degré d'invalidité à 10.2%.

Par acte du 27 novembre 2009, l'assuré a contesté ce préavis, invoquant une dégradation de son état de santé.

Dans un rapport du 30 novembre 2009, le Dr L._____ a confirmé le fait que l'assuré n'était selon lui pas apte sur le plan psychique à entreprendre un stage de réadaptation professionnelle; mettant en exergue les traitements entrepris, en particulier par la prescription de benzodiazépines, il a renvoyé à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans un avis médical du 5 février 2010, les Drs Q._____ et G._____ ont relevé que l'examen clinique psychiatrique déjà effectué

par le SMR avait clairement mis en évidence l'absence de comorbidité psychiatrique dans le cadre d'une toxicomanie primaire sortant du domaine de l'AI, considérant qu'il n'y avait pas lieu de modifier cette appréciation. Ainsi, par décision du 19 avril 2010, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} mai au 30 novembre 2004, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son préavis.

B. Par acte du 19 mai 2010 de son mandataire, Z. _____ recourt contre cette décision au Tribunal cantonal et conclut, sous suite des frais et dépens, à l'octroi de prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Il demande la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatriques, angiologiques et bilan neuropsychologique. Il fait valoir que son état de santé sur le plan psychique s'est détérioré postérieurement à l'examen clinique effectué le 22 juin 2006 au SMR. L'apparition, depuis lors, d'un comportement menaçant, de délires, d'agressivité, d'agitation et de paranoïa justifient selon lui un nouvel examen médical. Il estime que les conséquences d'un traitement substitutif aux benzodiazépines, les troubles neuropsychologiques et les problèmes veineux aux jambes (thrombose) doivent être pris en compte. Sur le plan économique, il s'étonne que l'OAI ait retenu un taux d'invalidité de 10.2%, inférieur à celui de 22% retenu par la CNA, estimant que son revenu sans invalidité est supérieur à 59'345 francs. Concernant le revenu d'invalidité, il allègue qu'aucune diminution de rendement n'a été prise en compte et se prévaut d'un abattement de 25%.

Dans sa réponse du 7 juillet 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève qu'une aggravation de l'état de santé psychique avec incidence sur la capacité de travail n'est pas démontrée depuis 2006 et qu'une expertise ne se justifie dès lors pas. Confirmant le taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidité, il observe que le résultat serait identique si l'on devait se fonder sur un salaire sans invalidité de 61'012 francs.

Suite au décès de l'assuré survenu le 8 juin 2010, l'instruction a été suspendue et la mandataire Procap invitée à produire une nouvelle procuration, à délivrer, après acceptation de la succession, par les héritiers de l'assuré. Une procuration de chacun de ceux-ci (soit [...], [...], [...] et [...]) a été versée au dossier le 21 juin 2011, les héritiers de l'assuré intervenant dès lors en qualité de recourants.

Ainsi, dans leur réplique du 8 juillet 2011, les recourants concluent à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} mai au 30 novembre 2004 avec reprise de l'invalidité après trois mois d'aggravation dès le 1^{er} juin 2007, jusqu'au décès de l'assuré. Sur le plan médical, ils font valoir notamment qu'un traitement lourd a été entrepris en 2007 et qu'une aggravation sur le plan psychique a été attestée par le Dr W._____, entraînant une incapacité de travail dès mars-avril 2007. Sur le plan économique, ils se prévalent d'un revenu sans invalidité de 66'455 fr. 94, à indexer, et d'un revenu d'invalidé nul à partir du 11 avril 2007 au moins.

Par duplique du 11 août 2011, l'OAI a confirmé sa position.

Dans leurs ultimes déterminations du 19 août 2011, les recourants ont précisé que si les arguments de l'OAI devaient être retenus, le droit à la rente entière devrait en tout cas renaître en avril 2008, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année courant dès l'incapacité de travail dûment attestée en avril 2007.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité est litigieux, les recourants concluant à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} mai au 30 novembre 2004 – ce qui n'est pas contesté par l'OAI – puis, compte tenu d'une reprise de l'invalidité après trois mois d'aggravation, à compter du 1^{er} juin 2007, jusqu'au décès de l'assuré, le 8 juin 2010.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à

une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

c) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence citée; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2).

La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF

9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; TFA I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les arrêts cités).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4; TFA I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2.3).

d) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu

à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

3. a) Dans le cas présent, l'atteinte à la santé de l'assuré est principalement circonscrite à un problème de dépendance à des stupéfiants et à des médicaments. Suite à un examen psychiatrique effectué le 22 juin 2006, le Dr S._____ a retenu une toxicomanie primaire pour la consommation d'héroïne et de cannabis, secondaire à des troubles du sommeil pour la consommation de benzodiazépines. La problématique globale a été considérée comme primaire, car non secondaire à une affection psychiatrique, ces trois dépendances n'étant pas à l'origine d'atteintes psychiques avec des limitations fonctionnelles pouvant entraver la capacité de travail.

Pour sa part, le Dr L._____ a attesté une comorbidité précédant la toxicomanie (rapport du 24 avril 2009), mais il ne motive pas cet avis, entamant ainsi la force probante de celui-ci, d'autant plus qu'il n'est pas psychiatre et ne saurait donc valablement infirmer l'appréciation de son confrère spécialiste. Les considérations et les conclusions du Dr S._____, détaillées et procédant d'une analyse complète de la problématique de l'assuré, permettent ainsi de retenir – ce qui n'est pas contredit par les autres pièces médicales figurant au dossier – que les problèmes de dépendance sont primaires et non secondaires à une affection psychiatrique.

A cela s'ajoute que le Dr S._____ a retenu que la symptomatologie de l'assuré n'était pas constitutive d'un trouble de l'humeur au sens de la CIM-10. On ne voit pas de raisons de douter de l'avis de ce médecin, qui a procédé à un examen méticuleux des différents éléments pouvant justifier une incapacité de travail sur le plan psychique. De surcroît, les Drs W._____, N._____ et L._____ ne sont pas psychiatres, de sorte que leurs appréciations – au demeurant peu étayées et motivées – ne permettent pas d'infirmer les conclusions du Dr S._____, seul psychiatre, au vu du dossier, à avoir examiné l'assuré. Leurs constatations ne permettent pas de retenir une aggravation qui ait eu une incidence significative sur la capacité de travail de l'intéressé, qui fit l'objet d'un examen complet par le Dr S._____. Enfin, la mise en

œuvre d'une expertise psychiatrique, telle que requise par le Dr L._____, n'a plus lieu d'être suite au décès de l'assuré. Il y a donc lieu de retenir avec le SMR (avis médicaux des 18 septembre 2009 et 5 février 2010) l'absence de fait nouveau déterminant par rapport à l'examen clinique psychiatrique du 22 juin 2006.

b) Du point de vue somatique, lors d'un examen médical effectué le 26 août 2004, le Dr D._____ a retenu que l'assuré avait retrouvé, ensuite de son accident du 22 mai 2003, une excellente fonction du genou, une capacité de travail théorique étant fixée à 100% dès le 1^{er} septembre 2004. Ce médecin a par la suite retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé (rapport du 6 décembre 2004). On ne voit pas de raisons de douter de l'avis de ce médecin, qui répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, et dont les constatations médicales sont corroborées par les autres documents utiles figurant au dossier.

Les recourants invoquent encore un problème veineux responsable d'un gonflement des membres inférieurs. Le Dr W._____ a rendu compte d'une thrombose veineuse profonde du MID, cela dans son rapport du 2 novembre 2004, de sorte que cette atteinte était déjà présente chez l'assuré lors de l'examen final du Dr D._____, lequel a retenu qu'elle ne limitait pas la capacité de travail. Le Dr W._____ a par la suite indiqué que l'assuré présentait des thromboses veineuses multiples des membres inférieurs, limitant le périmètre de marche à un kilomètre et la station debout prolongée à 30 minutes (rapport du 2 mars 2009). Ainsi, les problèmes de thrombose s'avèrent sans influence sur la capacité de travail, générant uniquement des limitations fonctionnelles, au demeurant peu importantes.

c) S'agissant plus spécialement du traitement de l'hépatite C, administré du 25 avril au 10 octobre 2007, les assertions du Dr N._____ (rapports des 27 avril et 26 septembre 2007), d'ordre général autant qu'imprécises, ne permettent pas d'attester clairement une incapacité de

travail. Par ailleurs, ce médecin – qui ne s'exprime que sur la capacité à entreprendre une reconversion professionnelle, et non à exercer une activité adaptée –, se fonde sur une anamnèse, des examens médicaux et une discussion du cas sommaires. Dans ses lignes du 30 avril 2008, il a signalé un état dépressif dès novembre 2007 résultant du traitement de l'hépatite C, sans toutefois être spécialiste en psychiatrie, et tout en réservant l'avis du Dr W._____ au sujet de la capacité de travail induite par ce traitement. Ce dernier médecin, au vu de rapports établis les 27 novembre 2007 et 8 avril 2008, n'est pas non plus psychiatre et n'a pas fait mention d'hospitalisation en milieu psychiatrique, de sorte que l'existence de l'affection psychique n'est pas étayée. Il admet certes une incapacité de travail depuis le début du traitement de l'hépatite C, mais il relève en même temps que l'assuré a besoin d'être encadré et reconditionné dans un travail lié à l'informatique, proposant un stage d'observation afin d'évaluer les troubles du comportement. Empreintes de contradictions que son auteur s'est dispensé de dissiper, ces considérations ne seront pas retenues, d'autant qu'elles émanent du médecin traitant, dont l'avis doit être apprécié avec les réserves d'usage. Ainsi, le traitement de l'hépatite C n'est pas réputé avoir causé d'incapacité de travail au sens du droit de l'assurance-invalidité.

4. a) Cela étant, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

c) Les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits

dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

5. a) En l'espèce, concernant l'incidence de l'état de santé de l'assuré sur les prestations d'invalidité, c'est à juste titre que l'OAI, compte tenu d'une incapacité de travail totale sur le plan somatique depuis l'accident du 22 mai 2003, lui a reconnu le droit à une rente entière du 1^{er} mai 2004 au 30 novembre 2004, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé attestée par le Dr D. _____ à compter du 1^{er} septembre 2004.

b) Pour la période subséquente, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus, aboutissant à un degré d'invalidité de 10.2%, ce qui est contesté par les recourants.

Sous l'angle du principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (ATF 133 V 549; TF

8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3; TF 9C_529/2010 du 24 janvier 2011 consid. 3.2). Dès lors, l'OAI pouvait déterminer le degré d'invalidité de l'assuré indépendamment de celui retenu par la CNA.

Concernant le revenu sans invalidité, en se fondant sur les données dont se prévalent les recourants à l'appui des pièces versées au dossier, on peut retenir un salaire de 66'455 fr. 94 (28 fr. 40 x 9h x 5 jours x 4.33 semaines x 12). On ne voit pas de raisons de retenir un montant supérieur, en l'absence notamment de perspectives de promotion ou de salaire horaire supérieur. Quant aux frais de repas mentionnés sur les fiches de salaires, on relèvera qu'ils ne constituent pas un revenu du travail au sens de l'art. 28 al. 2 LAI (TFA I 97/05 du 13 avril 2006 consid. 4.2 et les références citées), mais un dédommagement pour les dépenses directement liées à l'exercice de la profession qui ne peut être pris en considération dans le calcul du gain annuel. On peut tout au plus retenir, selon les fiches de salaires, des frais s'élevant en moyenne à 400 fr. par mois à titre de viatiques et pour compenser les jours fériés. Dès lors, le revenu sans invalidité s'élèverait dans ces conditions, les plus favorables aux recourants, à 71'255 fr. 94.

Pour calculer le revenu d'invalidé, compte tenu du salaire versé en 2004 pour une activité simple et répétitive dans le secteur privé selon l'ESS (qui est de 4'771 fr. 50 avec un horaire de travail de 41.6 heures), il y a lieu de retenir un montant annuel de 57'258 fr. (TFA U 52/07 du 29 mai 2007 consid. 7.3). Dans la mesure où le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé ne prête pas flanc à la critique au regard des limitations fonctionnelles, le revenu avec invalidité s'élève à 51'532 fr. 20. La comparaison avec le revenu sans invalidité de 71'255 fr. 94 conduit à un degré d'invalidité de 27%, lequel n'ouvre pas le droit à une rente à compter du 1^{er} septembre 2004.

6. Partant, la décision attaquée rendue par l'OAI doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr., montant couvert par l'avance de frais, et être mis à la charge des recourants, qui succombent (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Au surplus, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 19 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge des recourants.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour les héritiers de Z. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :